

中风患者的并发症——偏瘫肩痛

偏瘫肩痛是中风后偏瘫侧肩部疼痛的总称,脑中风常见的并发症之一,主要特征为偏瘫侧肩关节、腕部、手部等出现疼痛、温度升高、肿胀、运动受限等症状,容易诱发病人出现焦虑、抑郁等不良心理情绪,从而影响康复进程与预后。其发生率约占中风患者的12.5%至70%。常在脑卒中中风后1至3个月内发生,最早在发病后的第3天。它通常影响患侧上肢,仅有1/5的病人能够完全恢复以前的活动。如不予适当治疗,将导致患侧肩、手、指的永久性畸形。

偏瘫肩痛为患者中风后多种致病因素共同作用的结果,如神经源性损伤、交感神经系统功能障碍以及周围性损伤都有可能引发。比较常见的有末梢神经血管障碍和偏瘫侧肢体的反复损伤。临床表现被分为三期,主要的特点如下:

第I期:病人的患侧手突然浮肿,并很快使运动范围明显受限。水肿主要出现在病侧手的背部,包括掌指关节、拇指及其他四指。水肿触及有柔软感和膨胀感,常终止于腕关节及其近端。手的颜色发生改变,呈橘红或紫色,同时伴病侧上肢肩及腕关节疼痛,关节活动范围受限,手指外展严重受限,临床特点有:肩痛,活动受限,同侧手腕、手指肿痛,出现发红、皮温升高等血管运动性反应。手指多呈伸直位,屈曲受限,被动屈曲,可引起剧痛。持续3至6个月,如在症状出现时立即治疗,常可控制其发展,并且治愈;如不及时治疗很快转入第II期。

第II期:手及手指有明显的难以忍受的压痛加重,肩痛及运动障碍,手的水肿减轻,病侧手皮肤、肌肉明显萎缩,手掌呈爪形,手指挛缩。肉眼可看到在腕骨间区域的背侧中央和掌骨与腕骨结合部出现坚硬隆起。临床特点有:肩、手肿胀和自发疼痛消失,皮肤和手的肌肉有日益显著的萎缩。平均持续3至6个月,预后不良,为了把障碍减少到最低程度,必须积极治疗。

第III期:水肿完全消失,疼痛也完全消失,但手的活动能力永久丧失,形成固定的有特征性的畸形手。临床特点有:手部皮肤肌肉萎缩显著,手指完全挛缩。不可逆的终末阶段。患侧手完全废用,成为终身残废。

中风后偏瘫肩痛的治疗:临床上用于治疗中风后偏瘫肩痛的方法很多,如超声引导下肌骨介入治疗、运动疗法、药物疗法、神经阻滞疗法、经皮神经电刺激、温热疗法、针灸、按摩、气压等等。

1.超声引导下肌骨介入治疗:我科联合我院B超室开展了超声介入治疗,该治疗是在超声的引导下采用介入细针刺刺,在超声可视化的情况下,避开血管和神经,避免把药物注射到肌腱上导致肌腱受损。通过皮肤直接到达病灶区域,减少药物用量及治疗次数。并且还可以对肌腱钙化病灶进行捣碎松解治疗。能快速精准地为病人解除痛苦,减少盲穿带来的出血、损伤等风险,具有不开刀,不打孔,安全性高,痛苦少,费用低,恢复快等优点,是近年来国际和国内各大医院正在大力推广的治疗新项目。

2.肢体功能锻炼:如指导患者bobath握手方法(主动运动),两手交叉握举患侧大拇指在上,健肢带动患肢伸直向前方伸展并上举,左右运动;或由家属帮助患者进行被动运动,如肩外展

外旋、前臂旋后、踝关节背屈、指关节伸展等活动。

3.良肢位摆放:中风病人的良肢位摆放在整个恢复期都是十分重要的,注重不同体位下肩、肘、腕关节的摆放,将患肢抬高,防止患手长时间处于下垂位;维持腕关节于背屈位,可采用上翘夹板固定腕关节。卧位时,将上肢平放,远端抬高与心脏平齐,手指伸展。此姿势可促静脉血的回流。各种体位摆放均应避免腕屈曲。

4.压迫性向心缠绕:该方法是治疗中风后偏瘫肩痛一种简单、安全又有效的方法。用1根直径1~2mm的毛线绳,自患侧大拇指开始逐个缠绕,从远心端向近心端,方法是在指端处压一个U型,然后迅速有力的自指端缠绕至指根部不能再缠为止,缠完以后立即从U型绳端处拉开缠绕的线绳,每个手指依次进行,最后是掌指关节处至手腕,每天可做1~2次,有利于患侧静脉回流、改善水肿及疼痛。

5.患侧刺激:抚触患侧肢体,保持患肢处于功能位(避免反手姿势),使用物品尽量置于患侧边,避免患侧肢体输液,鼓励患侧参与日常活动。

6.冰水浸泡法:即冰与水按2:1比例混合,同健手共同浸入混合水中,并使整个手掌浸在水中,时间以健手能耐受为度,反复3至5次,每天做2至3次,两次浸泡之间有短暂的间隔。此法在早期非常有效。本法可消肿、止痛并解痉。但应注意避免冻伤和血压升高。

7.夹板固定:利用夹板固定支持腕关节于适度的背伸位,避免腕关节处于屈曲位,但不妨碍掌指关节的屈曲。

8.主动运动:早期让患者进行负重训练,指导病人用患手或用健手辅助练习日常生活动作,如做Bobath握手、举木棒等,多做手指抓握的活动。可以设计有目的、使病人感兴趣的作业活动,使病人主动进行肢体活动,尽量使这些作业活动与日常生活相联系。

9.被动运动:患侧上肢肩、肘、腕、手各关节的适度活动度训练。对于已经出现中风后偏瘫肩痛并且关节活动明显受限的患者,可进行关节松动手;肩胛骨被动运动。

10.肌内效贴技术:改善循环,消除消肿。皮肤及肌肉同时被刺激,通过肌内效贴增加了皮肤与肌肉的间隙,直接减轻了皮下痛觉感受器的刺激,达到减轻疼痛的作用。

11.中药治疗:如四散子包(由吴茱萸、莱菔子、苏子、白芥子组成)外敷,以缓解疼痛。

在治疗过程中,根据患者的不同体质而采取不同的个体化治疗,治疗偏瘫肩痛多使用联合治疗,单纯使用作业治疗或其他单一疗法是很难解决问题的。采用中西医结合的方式来进行治疗效果会更好。

(玉林市中医医院康复医学科 邓源)

您真的了解痛风吗?

痛风在大众的传统认识里,是一种“富贵病”,很多患者得病后会有各种疑问:“我怎么会得痛风呢?这不是富贵病吗?我不富贵呀!”“我生活上已经很注意了,怎么会得这个病呢?”……其实痛风的根源在于高尿酸血症,而引起尿酸升高的机制多且复杂,除了饮食不当,还有基因、代谢、药物等多方面的因素,上述多方面原因共同参与了痛风的发生发展,并不是只有饮食占主导。

痛风的发病情况

随着生活水平的提高,我国高尿酸血症的患病率已达13.3%以上(在部分地区甚至高达20%),痛风患病率在1%~3%。根据中国疾病预防控制中心的数据,我国痛风患者高达8000万,并正以每年9.7%的速度增长,而且呈年轻化趋势,青少年高尿酸血症及痛风患者日渐增多,因此需引起全社会的关注和重视。

痛风的诊疗现状

虽然痛风已成为“常见病、多发病”,却仍有大量患者未能得到规范化诊疗,某些患者对痛风认识不足,患病后只知道至“私人诊所”输液或使用“偏方、独门秘方、神药”治疗,这些治疗后确实可以让关节肿痛改善,但却不能根本治疗疾病——控制尿酸水平。其实,这些所谓的“偏方、神药”里可能含有大量的“激素、非甾体消炎药物”(专科医师治疗方案一般不将这两种药物联合使用,因为联合使用副作用大),长期滥用则会导致一系列严重并发症,如全身痛风石、消化道出血、骨质疏松、肾功能衰竭、类固醇性糖尿病、肾上腺皮质功能不全、严重感染等,此外这部分患者也更容易罹患糖尿病、冠心病、高血压等严重慢性疾病。

是不是管住嘴就能治疗痛风?

饮食是治疗痛风的一个方面,然而单纯控制饮食只能使痛风患者尿酸降低约60~90 $\mu\text{mol/L}$,对于大部分患者而言,还是不足以完全控制痛风的。当做到严格低嘌呤饮食一段时间后(通常1个月),不管痛风发作与否,都建议患者定期监测尿酸,如果监测的情况提示仍未能达到理想水平,则建议在专科医生指导下确定是否联合药物治疗。

得了痛风究竟该如何治疗?

首先我们应该至正规医院的专科就诊,专科医生会根据患者的具体情况制定个体化的治疗方案。治疗可简单分为非药物治疗和药物治疗。非药物治疗方面以饮食控制最为推荐,除了注意饮食外,正确饮水(方式和饮水量)、控制体重这些也很重要,建议没有心脏、肾脏功能不全的患者尽量保证每日尿量在2000毫升以上,促进尿酸排泄,对于肥胖及超重的患者控制体重在理想范围将有利于尿酸更好的控制。如通过上述举措,尿酸水平仍未达标时,需配合药物的综合治疗,专家们常说“不以降尿酸为目的的治疗痛风都是耍流氓”,这就意味着降尿酸是痛风治疗的关键和根本,希望大家一定要明确,目前市面上降尿酸的药物仅有三种:非布司他、苯溴马隆、别嘌醇,而其他药物如秋水仙碱、碳酸氢钠、双氯芬酸钠、糖皮质激素(俗称“激素”)等均不具备降尿酸作用。希望患者不要盲目的认为药物都会存在副作用,而回避正确的药物治疗,这往往会加重病情的进展,带来严重的后果。

痛风治疗困难吗?

其实痛风的治疗既“简单”又“困难”。

“简单”,一方面是指通过生活方式干预(如控制饮食及体重、增加饮水量、适当运动等)方便可行;另一方面在于维持治疗的药物简单、经济(由专科医生根据患者病情处方非布司他或别嘌醇亦或苯溴马隆,这些药物目前价格都十分经济,例如最为常用的降尿酸药物非布司他,以常规每日40mg计,1个月费用不足40元);定期需监测的指标也较为“单一”,患者按专科医生嘱托,定期监测肾功能即可简单评估治疗效果并监测有无治疗不良反应。

治疗的“困难”之处在于高尿酸血症及痛风的治疗需要患者长期坚持和配合,需要维持尿酸持续达标。尿酸持续达标是痛风治疗的关键:有痛风石(包括肾脏尿酸性结石)或者痛风病史较长的患者,尿酸需要持续维持在200~300 $\mu\text{mol/L}$,没有痛风石或病程相对短的患者则需持续维持在360 $\mu\text{mol/L}$ 以下。只要做到尿酸持续达标,痛风就能得到控制,痛风急性的发作频率也会显著减少,痛风石可以逐渐缩小、最后消失,从而避免致残致畸的严重悲剧反复上演。

(广西壮族自治区人民医院风湿免疫科 韦诚诚)



资料图片